

# **Mapa de actores del sector oncológico en la Argentina: objetivos, estrategias y mecanismos de articulación**

**Sofía Olaviaga y Daniel Maceira**

**Abril de 2007**

## **Resumen Ejecutivo**

*El cáncer es un problema de creciente importancia en cuanto a la carga sanitaria que representa para el país. Los costos de su atención y tratamiento se incrementan a una velocidad que supera la capacidad de adaptación del Estado.*

*Este documento identifica y caracteriza el mapa de actores (gubernamentales y no gubernamentales) del sector oncológico en la Argentina y su interacción para abordar el cáncer. Debido al impacto actual y futuro de esta enfermedad en la población y en la estrategia de financiamiento del gasto en salud, la intención de CIPPEC es contribuir al debate de esta problemática en la agenda pública.*

***Los resultados del estudio muestran que la estructura del sistema de salud argentino en muchos casos no proporciona señales eficaces para los actores, obstaculizando la implementación de intervenciones relevantes para el control del cáncer.** Este es el caso de las obras sociales, que no cuentan con incentivos para desarrollar actividades en el área de prevención y detección temprana. También es el caso del PAMI, que al no tener alcance sobre su futura población objetivo, encuentra muy limitada su posibilidad de desarrollar acciones preventivas. Finalmente, el subsector público de salud, debe absorber los costos de la fragmentación, en un contexto de descentralización caracterizado por fallas en la coordinación e importantes brechas de financiamiento entre las provincias.*

*Frente a este panorama, el desarrollo de un Programa Nacional de Control de Cáncer –que existe desde 1976- pareciera ser una respuesta adecuada desde el Estado. Sin embargo, **a pesar de contar con una estrategia pública que formalmente aborda las principales áreas del control de cáncer** (prevención primaria y secundaria, diagnóstico y tratamiento, cuidados paliativos y vigilancia e investigación), **la práctica evidencia retrasos y desafíos en su implementación.***

*Las organizaciones de la sociedad civil (OSCs), por su parte, buscan incrementar sus alcances en el control del cáncer y cobran cada vez más relevancia en algunas áreas de intervención como campañas, tratamiento y cuidados paliativos. A pesar de ello, aún quedan retos pendientes, como la poca comunicación y articulación con el Estado, y entre ellas.*

*Ante un escenario de creciente incidencia de enfermedades oncológicas en la Argentina y dadas las variadas facetas de intervención, **la coordinación Nación/Provincias y público/privado son imprescindibles para alcanzar mayor equidad en la asignación de recursos y mayor eficiencia en su gerenciamiento.** Con un nivel de complejidad mayor, la estrategia de política pública requerirá que el Estado articule fondos regionales y nacionales para reducir las brechas de acceso y el efecto financieramente catastrófico del cáncer sobre el gasto de los hogares, especialmente de aquellos con menor capacidad económica, y localizados en regiones con menor infraestructura.*

*El presente documento es parte de la iniciativa CIPPEC-CEDES sobre Políticas de Salud coordinada por Daniel Maceira, y financiada por Laboratorios Roche. Las opiniones de los autores no reflejan necesariamente la de las personas entrevistadas, ni las posiciones institucionales de CIPPEC o Laboratorios Roche en el tema analizado. Correspondencia a dmaceira@cippec.org*

Se agradece especialmente la colaboración de **Cintia Cejas** y **Pedro Kremer** en la elaboración de este documento.

**Agradecimientos:** Marta Artigas (Fundación ACIAPO-Atención comunitaria al paciente oncológico), Simón Breier (Liga Argentina de Lucha contra el Cáncer-LALCEC), Pablo Desmery (Fundación para Combatir la Leucemia-FUNDALEU), Silvia Garsd (Fundación Apostar a la Vida), Edith Grynszancholc (Fundación Natalí Dafne Flexer), Susana Korinfeld (Fundación para la Investigación y Prevención del Cáncer-FUCA), Rosa Levin (Fundación Oncológica Encuentro-FOE), Roberto Loíacono (Programa Nacional de Control de Cáncer, Ministerio Nacional de Salud), Hugo Porcella (Asociación Argentina del Cáncer-ASARCA), Rubén Roa (Médico especialista en Medicina Familiar) y Mario Virgolini (Programa Nacional de Control del Tabaco, Ministerio Nacional de Salud).

## 1. Introducción

El establecimiento de prioridades es uno de los desafíos centrales de cualquier sistema de salud. Tal proceso contempla la articulación de objetivos sanitarios múltiples y no necesariamente compatibles, en la medida en que se involucran aspectos de complejidad no sólo financiera (por las limitaciones para proveer cobertura total), sino también por la variedad de temáticas involucradas. La agenda de requerimientos en el sector salud incluye desde una campaña de vacunación hasta el tratamiento de personas viviendo con HIV, desde un plan de complemento nutricional hasta un mecanismo de copagos en un proceso de autogestión hospitalaria. A este escenario de múltiples objetivos se suma la restricción presupuestaria que, en el caso particular del sector salud, plantea un desafío delicado, en tanto que la elección de prioridades puede impactar en la capacidad de sobrevivida o en la calidad de vida de grupos de población específicos. De esta manera, resulta extremadamente complejo establecer pautas y mecanismos para comparar y priorizar problemáticas a cubrir por el sistema de salud.

En este contexto, la problemática abordada por el sector oncológico es sumamente sensible. En el marco de la iniciativa que dio lugar a este documento, Kremer (2006) analiza la problemática del cáncer en Argentina desde el punto de vista epidemiológico. En ese trabajo se muestra cómo la problemática socio-sanitaria influye no sólo en el perfil epidemiológico entre provincias, sino que establece marcadas diferencias entre la mortalidad de tumores y cobertura de estrategias efectivas de prevención entre provincias con recursos financieros desiguales. De este modo, y aún dentro de una temática específica como la del cáncer, se observa el desafío que representa la formulación de políticas y programas que establezcan prioridades de atención sanitaria.

Al igual que en otras áreas de política pública, en salud, y particularmente en el caso de oncología, en el diseño de estrategias de intervención participan una gran variedad de actores que se diferencian no sólo por su carácter público o privado, sino también por el área en la que se desarrollan y las estrategias de intervención que cada uno adopta. El Estado, como garante del derecho a la salud de la población elabora programas que van desde las campañas de prevención puntual de algunos tumores, hasta la distribución gratuita de medicamentos oncológicos para quienes no pueden enfrentar sus costos. En tanto, el sector privado incrementa sus esfuerzos para acercar las tecnologías diagnósticas y terapéuticas a los estándares internacionales. Por otra parte, la sociedad civil, organizada a partir de las OSCs y las sociedades científicas, impulsa acciones de investigación, asistencia, docencia, entre otras actividades. Finalmente, los grupos de pacientes se nuclean en torno a patologías específicas promoviendo los avances científicos, y brindando contención y asistencia a los afectados.

En este marco, el presente trabajo tiene por objeto identificar y caracterizar el mapa de actores referentes (gubernamentales y no gubernamentales) del sector oncológico en Argentina y su interacción en la definición de estrategias para abordar la problemática del cáncer. Para esto se realizó un estudio de carácter cualitativo que indaga sobre quiénes son los actores que participan y cuáles son las motivaciones y roles que -ya sea por planificación o por omisión- asumen en el tema de la salud y el cáncer.

A tal fin, la primera sección del documento presenta la metodología utilizada para realizar el estudio, en tanto la sección siguiente expone el marco teórico utilizado, compuesto por los principales conceptos y enfoques que guiarán el análisis. La tercera sección aborda la estructura general de los actores que participan del sector oncológico en el país y sus incentivos. Las dos secciones siguientes profundizan el análisis de: (i) la estrategia del Estado Nacional, principalmente a través del análisis de los programas específicos en oncología; y (ii) la respuesta del sector privado sin fines de lucro, representados por organizaciones de la sociedad civil organizada y asociaciones científicas. Se presta especial atención a la interacción al interior de cada uno de los sub-sectores y entre ellos. Por último, se exponen las conclusiones del estudio.

## **2. Metodología**

Para llevar a cabo el estudio se utilizaron metodologías cualitativas de investigación que consistieron en el análisis de fuentes secundarias y la información disponible en el sitio de Internet de los Programas del Ministerio de Salud Nacional y de organizaciones de la sociedad civil referentes en el sector, y la realización de entrevistas en profundidad a representantes de estas instituciones.

Para la selección de los actores se utilizaron los siguientes criterios:

### Organizaciones no gubernamentales

1. Que su misión, objetivos y actividades estuviesen focalizadas en el abordaje de enfermedades oncológicas a través de alguna de los siguientes campos de intervención: prevención, diagnóstico, tratamiento, cuidados paliativos, apoyo a pacientes, docencia e investigación.
2. Que estuviesen ubicadas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires o la Provincia de Buenos Aires.

### Programas Públicos de Oncología

3. Que sus objetivos y actividades estuviesen focalizadas en el abordaje de enfermedades oncológicas a través de alguna de los siguientes campos de intervención: prevención, diagnóstico, tratamiento, cuidados paliativos y la investigación.
4. Que se implementará desde el nivel nacional de gobierno.

Para seleccionar a los entrevistados, en ambos casos, se contactó a los responsables de las organizaciones o programas, o representantes con poder de toma de decisión dentro de los mismos.

Como instrumento de medición se diseñaron dos guías de pautas diferenciadas por actor: una para funcionarios de programas y otra para referentes de organizaciones de la sociedad civil. Con la excepción de dos entrevistas, la totalidad fue grabada.

Finalmente, se entrevistaron a representantes de las siguientes instituciones: Fundación Natalí Dafne Flexer, Fundación Apostar a la Vida, Fundación Oncológica Encuentro - FOE,

Fundación para la Investigación y Prevención del Cáncer (FUCA), Fundación para Combatir la Leucemia (FUNDALEU), Atención Comunitaria Integral Al Paciente Oncológico (Fundación ACIAPIO), Liga Argentina de Lucha Contra el Cáncer (LALCEC), Asociación Argentina del Cáncer (ASARCA), Programa Nacional de Control de Tabaco y el Programa Nacional de Control de Cáncer.

Específicamente, el estudio intenta dar respuesta a los siguientes interrogantes:

¿Cuáles son las estrategias de intervención de los diferentes actores (gubernamentales y no gubernamentales) referentes en oncología? ¿Cómo evalúan su desempeño?

¿Cuál es la población beneficiaria de las distintas intervenciones?

¿El sector público deja espacios de intervención? A respuesta afirmativa, ¿El sector privado avanza en función de estos espacios o en función de una agenda propia?

¿Existen mecanismos de especialización de las OSCS por tipo de cáncer o área de intervención (prevención, diagnóstico, tratamiento, cuidado paliativo, investigación, etc)?

¿Existe interacción, cooperación y/o articulación entre los diferentes actores (tanto entre los subsectores como al interior de los mismos)?

¿Cuáles es la percepción de los diferentes actores sobre la estrategia que desarrolla el Ministerio de Salud en el área?

¿Cómo evalúan la coordinación con los ministerios provinciales o de otras instituciones públicas descentralizadas (ej: hospitales)?

¿Existen espacios de participación o consulta donde confluyan la sociedad civil organizada y las instituciones gubernamentales referentes del sector?

### **3. Marco teórico**

El Estado argentino asume su responsabilidad social como garante de la cobertura de salud de la población mediante un complejo sistema de intervenciones, que se extienden desde la prestación directa, mediante programas específicos nacionales o prestación de servicios de hospitales y centros descentralizados a nivel provincial, hasta el cumplimiento de marcos regulatorios en aspectos tan variados como paquetes de servicios, medicamentos, certificación de instituciones y tecnologías y supervisión e información de precios en seguros privados de salud. El objeto de este sistema de intervenciones es garantizar la calidad, efectividad y en cierta medida, la equidad de acceso a servicios de salud.

Existen modos alternativos de definir cobertura de salud, entre ellas, aquella basada en el concepto de equidad horizontal, que garantiza el tratamiento desde cualquier nivel de financiamiento (público o privado) y el acceso a un mismo tipo de servicio. Para ello el Estado debe proveerlo directamente o garantizar un acceso similar en el caso de un sistema de salud segmentado en subsectores (seguridad social, privado y público), independientemente del tipo de cobertura del individuo (Leighton y Maceira, 1999).

En la práctica se observa que el financiamiento público de los sistemas de salud de países en desarrollo está asociado con la riqueza relativa del país. En aquellos países relativamente más

ricos, salvo excepciones, la participación pública en el financiamiento de la salud es más alta que la privada, siendo esta relación inversa en los países más pobres (BID, 1996). Ello está asociado con la capacidad del subsector público de cubrir las necesidades de la población (concepto de solidaridad), de limitar las fallas relacionadas al funcionamiento del sistema de salud (concepto económico), y de establecer reglas y hacerlas cumplir (concepto de *enforcement*).

Una vez identificado el rol del Estado en términos de financiamiento, el siguiente interrogante se asocia con el mecanismo establecido por el sector público para definir prioridades de intervención, y por tanto, identificar y/o promover la participación del sector privado (con y sin fines de lucro) en ese contexto. La práctica evidencia que el sector privado en aquellas sociedades menos desarrolladas ocupa espacios que se esperaría, desde la perspectiva de equidad asignativa, cubriera el sector público. La falta de recursos del Estado abre nichos de atención y cobertura para el sector privado y, normalmente, se genera un sistema de salud dual. Las personas con mayor capacidad de financiamiento reciben la mejor atención y el sector más rezagado carece de cobertura o tiene que hacer un esfuerzo adicional para acceder a una salud privada. Esta situación se relaciona con un esquema de priorización determinado, definido por grupo social o por tipo de intervención, dependiendo del área de salud analizada.

Existe una extensa literatura sobre mecanismos de priorización en salud. Entre ellos, se destaca el World Development Report 1993 como documento pionero, que promovió la orientación del financiamiento público en salud a tratamientos que generasen mayores externalidades (mayor poder multiplicador de la inversión social en salud). Este documento recomienda el diseño de estrategias de atención primaria de la salud (APS), enfatizando iniciativas tales como la extensión de la inmunización y el acceso a servicios de saneamiento, entre otras intervenciones costo-efectivas. Para este enfoque, el Estado debería modificar su rol de proveedor por el de regulador en aquellos sectores donde el mercado aparentemente pudiera generar mecanismos de competencia.

Si bien este esquema adquirió gran consenso durante la década de los noventa, en los últimos años la práctica evidenció algunas fisuras en el planteo. Concretamente, se le cuestiona la falta de cobertura pública de los gastos catastróficos, siendo éstos los que mayor impacto tienen en el gasto de bolsillo de las familias. Así, diez años más tarde y en respuesta a ese paradigma, otra rama reciente de la literatura (Wagstaff et al, entre otros) propone estudiar los mecanismos de protección social como respuesta a los eventuales shocks financieros que las familias deben afrontar por causa de enfermedad (Maceira, 2004). Principalmente, analizan la incidencia e intensidad de los gastos catastróficos en salud como potencial causa de pobreza en las familias.

Existe entonces desde la teoría un debate en torno a dos posturas que presentan mecanismos de priorización diferentes: la primera involucra el financiamiento en intervenciones costo-efectivas, la segunda propone contemplar los gastos financieramente catastróficos para las familias. Ambos enfoques presentan aspectos a considerar en el diseño de una estrategia comprehensiva de priorización. En esta discusión se enmarca la problemática de oncología, siendo ella uno de las temáticas donde ambas perspectivas resultan útiles para el debate de política pública.

Independientemente del abordaje teórico, y como se señaló anteriormente, la práctica muestra que en los países relativamente más pobres se genera un sistema dual. Y, a pesar de que ambas perspectivas redefinen el rol del Estado, ninguna avanza sobre los mecanismos para la definición de prioridades al interior de cada subsector (es decir, qué debería hacer el sector público y cuál es el papel del sector privado).

Podría pensarse que si el mecanismo de prioridades del sector público está alineado con el planteo de la década del 90', las intervenciones relacionadas al cáncer deberían reducirse a estrategias de prevención. En cambio si está asociado con el abordaje de gasto catastrófico, se debería pensar en algún tipo de seguro que minimice los riesgos y el impacto en el gasto de bolsillo. Sin embargo, en un Estado de pocos recursos, la recomendación del este último enfoque genera una dualidad en el sistema de salud en una de las áreas con mayor impacto en el bolsillo de las familias. En el caso argentino, con un sistema de salud público descentralizado, esta dualidad se traslada a nivel provincial entre aquellas provincias pobres con menor capacidad de enfrentar gastos catastróficos y las más ricas con mayor capacidad relativa.

Frente a esta situación se plantean como interrogantes el rol que asume el gobierno nacional y la respuesta estratégica del sector privado (con y sin fines de lucro). Con respecto al primero, probablemente el Ministerio de Salud Nacional establezca prioridades, defina la estrategia del Estado y actúe en ese sentido, obteniendo una matriz de intervenciones asociada con tipos de tumores y tratamientos. Desde una perspectiva externa al tomador de decisiones de política, el acercamiento al "modelo de priorización" pública no se conoce explícitamente, y puede inducirse a partir de la identificación de los programas e intervenciones orientadas a oncología, reconstruyendo así la existencia de dicha matriz.

El papel asumido por el sector privado sin fines de lucro puede estar asociado a dos factores: (a) el potencial vacío generado por el sector público motive un avance del sector privado o (b) a la capacidad de incidencia de la institución asociada a un tipo de cáncer o de intervención proponga establecer una tendencia (grupo de interés). Se estima que si el sector privado se comportara movilizado únicamente por la primera motivación, las instituciones privadas del sector deberían actuar cooperativamente. Alternativamente, si los actores tienen una agenda propia, probablemente actúen competitivamente por recursos del Estado y el reconocimiento de su objetivo.

La tarea de caracterizar el mapa de actores que intervienen en oncología presenta a priori el conocimiento de una restringida capacidad del Estado para establecer prioridades y una limitada capacidad del observador para identificarlas, y un sector privado que actúa respondiendo a dos móviles. En el marco de la estructura expuesta, lo que propone el estudio es avanzar en la identificación, aunque sea aproximadamente, de las estrategias pública y privada del sector.



#### **4. Los programas de control de cáncer como estrategia pública**

Las estadísticas mundiales evidencian que la incidencia del cáncer como causa de muerte aumenta con el envejecimiento de la población. En el año 2000, 5.3 millones de hombres y 4.7 millones de mujeres presentaron tumores malignos y, en conjunto, 6.2 millones murieron por esa causa. Proyecciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) estiman que para el año 2020, el número de nuevos casos de cáncer en el mundo se incrementará en un 50%, alcanzando las 15 millones de personas (OMS, 2003).

Frente a este panorama, la OMS recomienda el desarrollo de una estrategia pública de control de cáncer para reducir la incidencia de la enfermedad y mejorar la calidad de vida de los pacientes. En esta dirección, en mayo de 2005 la 58th Asamblea Mundial de la Salud aprobó una resolución sobre prevención y control de cáncer que convoca y compromete a los 192 países miembros de la OMS a desarrollar programas y planes nacionales de control de cáncer (Sloan y Gelband, 2007).

Un programa nacional de control de cáncer, de acuerdo a la definición de la OMS, es una iniciativa de salud pública diseñada para reducir la incidencia de los tumores malignos y la mortalidad que causan, y mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer, mediante la aplicación sistemática y equitativa de estrategias basadas en datos y orientadas a la prevención, la detección temprana, el diagnóstico, el tratamiento y la paliación de la enfermedad, haciendo un mejor uso de los recursos disponibles (OMS, 2004). Todo ello requiere del compromiso político en cada país para invertir en infraestructura y recursos humanos. Con una planificación cuidadosa y las prioridades apropiadas, el establecimiento de programas nacionales de control del cáncer ofrece el medio más racional de lograr un grado sustancial de control de la enfermedad, aun contando con recursos limitados.

Siguiendo las recomendaciones de organismos especializados, cinco son las principales intervenciones a ser cubiertas por un Programa Nacional de Control de Cáncer, reconociendo las limitaciones enfrentadas por países en vías de desarrollo:

La prevención primaria, implica eliminar o disminuir la exposición a las causas del cáncer e incluye reducir la sensibilidad individual al efecto de las mismas. Este tipo de intervención ofrece el mayor potencial para la salud pública y es el método de control del cáncer más económico a largo plazo. Para desarrollar una estrategia de prevención adecuada es necesario conocer previamente los factores de riesgo asociados con la enfermedad a fin de diseñar intervenciones orientadas a la modificación del comportamiento (campañas de educación para la salud), el medio ambiente (como ser medidas contra la polución), y en caso de tratarse de agentes infecciosos, a través de la implementación de vacunación o tratamientos. Las encuestas nacionales de factores de riesgo, complementariamente con los registros de mortalidad y morbilidad de cáncer, son una fuente imprescindible para la planificación de una estrategia de estas características.

La detección temprana (o prevención secundaria) comprende el diagnóstico temprano en poblaciones sintomáticas y el tamizaje<sup>1</sup> en las poblaciones asintomáticas, pero en riesgo. Esta estrategia entiende que la detección de la enfermedad en una etapa inicial, antes de la manifestación de síntomas, permite el tratamiento más eficaz que cuando la enfermedad esta avanzada. Las estrategias orientadas a la educación que permitan una detección temprana se concentran en enseñar a reconocer los signos iniciales de la enfermedad. Ello promueve mediante campañas de educación en salud pública y capacitación de los recursos humanos de la atención primaria de salud<sup>2</sup>.

El diagnóstico y el tratamiento. El diagnóstico del cáncer es el primer paso del tratamiento y requiere una combinación de evaluación clínica e investigaciones de diagnóstico. El tratamiento procura curar, prolongar la vida útil y mejorar la calidad de vida de los pacientes. Los principales métodos de tratamiento son la cirugía, la radioterapia, la quimioterapia y el apoyo psicosocial. Si bien los principios básicos del tratamiento son los mismos en todo el mundo, la selección de distintos tipos de intervenciones dependerá de las características locales de la enfermedad. Asimismo, los métodos específicos de tratamiento adoptados en cada país también dependerán de su disponibilidad de recursos humanos, de infraestructura y financieros. La OMS recomienda que todos los países aseguren la accesibilidad y eficacia de los servicios de diagnóstico y tratamiento estableciendo pautas clínicas y de gestión basadas en evidencia, una lista de medicamentos esenciales, servicios eficaces para la remisión de pacientes, sistemas de evaluación y seguimiento, y la capacitación continua de los diferentes profesionales de la salud involucrados (OPS, 2004).

Para ello, es esencial que cualquier programa de control de cáncer establezca como primera medida la formulación de protocolos nacionales para el diagnóstico y el tratamiento con el fin de establecer un nivel mínimo de atención y promover el uso racional de los recursos existentes y una mayor equidad en el acceso a los servicios de tratamiento. Además de la provisión de atención para los enfermos de cáncer, se recomiendan medidas para facilitar el acceso a los medicamentos necesarios para el tratamiento. En esta dirección, la OMS formuló una lista de medicamentos esenciales que deberían constituir la base de las políticas nacionales en cuanto a la quimioterapia ofrecida según los problemas del cáncer en el país pertinente.

Los cuidados paliativos. En gran parte del mundo, la mayoría de los pacientes con cáncer presentan cuadros avanzados y su única opción de tratamiento es el alivio del dolor. La asistencia paliativa se orienta justamente a mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias. Los profesionales de salud y quienes prestan asistencia a la familia pueden ser capacitados para brindar eficazmente este tipo de atención.

---

<sup>1</sup> Es la aplicación de pruebas sencillas para identificar a individuos con enfermedad asintomático.

<sup>2</sup> Reconociendo la restricción de recursos e infraestructura que tienen la mayor parte de países en vías de desarrollo, la OMS recomienda que consideren el tamizaje organizado únicamente para el cáncer cervicouterino. La estrategia debe concentrarse principalmente en realizar un número limitado de tamizajes con la máxima cobertura de la población, porque las mujeres expuestas a mayor riesgo de cáncer cervicouterino son en general las últimas en acercarse a los servicios de atención de salud (OPS, 2004).

Cualquier intento de abordar eficazmente la problemática del cáncer debe nutrirse de un sistema de vigilancia que permita la medición del problema. Por ello, se debe contar con un sistema de recopilación de datos sobre la incidencia, prevalencia, mortalidad, las características del tratamiento y la supervivencia. Asimismo, se debe contemplar la medición de los factores de riesgo para identificar las potenciales causas del problema. Es importante subrayar que un sistema de vigilancia proporciona información relevante para la formulación de políticas adecuadas, como también para la medición de su éxito.

## 5. Los actores del sector oncológico y sus incentivos

Las instituciones que participan en el diseño y aplicación de políticas orientadas a la lucha contra el cáncer abarcan tanto al sector gubernamental, como al no gubernamental, y dentro de este último a financiadores y prestadores del sector privado y organizaciones profesionales. Aunque comparten el objetivo común de reducir la morbilidad y la mortalidad provocadas por el cáncer, las dimensiones de su accionar son variadas, y en algunos casos contradictorias, pudiendo actuar cooperativamente o competitivamente, dependiendo de los incentivos generados por el marco regulatorio y la normativa del área. A continuación se presentarán las características particulares del caso argentino.

El sistema de salud argentino si bien puede considerarse amplio en términos de cobertura, es marcadamente segmentado en cuanto al número de participantes, y con una fuerte separación entre las funciones de aseguramiento y provisión.

La cobertura de servicios de salud se encuentra fragmentada entre el Sector Público (Nacional, Provincial y Municipal), el sector de Obras Sociales, y el sector privado, con interrelaciones tanto a nivel de la provisión como en términos de financiamiento (Maceira, 2005). Esta multiplicidad de formas que asume el aseguramiento social en Argentina genera mecanismos de incentivos socialmente perversos en la cobertura del cáncer.

La **estrategia pública** para abordar la problemática del cáncer opera a través de la regulación, la generación de programas específicos y la provisión de tratamiento a través de hospitales públicos. Asimismo, y desde la Superintendencia de Salud -el ente público regulador de las Obras Sociales Nacionales- el Estado opera a través de dos mecanismos: (a) el APE (Administración de Programas Especiales) un fondo que destina recursos a enfermedades catastróficas; y (b) la definición de un Programa Médico Obligatorio (PMO), integrado por el conjunto de prestaciones básicas esenciales garantizadas por los Agentes del Seguro de Salud comprendidos en el Artículo 1º de la Ley N° 23.660.

Las intervenciones relacionadas a la mayoría de los tumores quedan fuera del área de responsabilidad del APE<sup>3</sup>, y el financiamiento de enfermedades catastróficas asociadas con esos tumores forma parte del paquete de servicios que debería garantizar cada obra social, incluidos en el PMO. Ello establece que las pautas de utilización y financiamiento

---

<sup>3</sup> El APE sólo cubre intervenciones que requieren alta complejidad como los siguientes: cáncer de válvula cardíaca, cáncer de páncreas, síndrome carcinoide, mielomas múltiples, tumores hipofisarios, hemáticos (linfomas, leucemias), óseos, sólidos hematológicos y microtumores endocraneales (En: [www.ape.gov.ar](http://www.ape.gov.ar))

corresponden directamente a las Obras Sociales, a través de los recursos propios que reciben del ingreso promedio del trabajador asociado o de los recursos que el Fondo de Redistribución de la Superintendencia transfiere a las Obras Sociales. El resultado es una atención segmentada. La función reguladora del Estado opera a través de los controles de la Superintendencia, llevando a que el rol de la autoridad pública se concentre en apoyo hospitalario y la generación de programas específicos.

Las **Obras Sociales**, por su parte, no cuentan con incentivos relevantes para promover ciertas intervenciones como la prevención primaria y secundaria del cáncer, en la medida que generalmente cubren a trabajadores activos y sus familias, por ende, la población bajo tratamiento de cáncer se reduce a quienes contraen la enfermedad durante su periodo de actividad (hasta los 65 años). A partir de entonces, la mayoría de las personas pasan a otro mecanismo de cobertura social, el PAMI<sup>4</sup>. De esta manera y dada la estructura particular del sistema de financiamiento, las Obras Sociales cuentan con la capacidad de transferir riesgos tanto al financiador de la siguiente etapa, en un mediano plazo, como al prestador capitado en el tiempo presente. Bajo un escenario de comportamiento oportunista pleno, la probabilidad de llevar a cabo campañas de prevención se reduce, en tanto el costo de realizarlas incrementará potencialmente la demanda de servicios.

En este contexto, las Obras Sociales con incentivos suficientes para desarrollar una campaña de prevención se reducen a aquellas de gran escala o con población cautiva, donde la incidencia del cáncer podría representar costos significativos. Asimismo, debe contemplarse el grupo etareo que cubre la Obra Social. En una obra social amplia en cobertura pero compuesta por una población joven existe una limitada probabilidad de desarrollar campañas de prevención que culminen en una reducción de costos de tratamiento de tumores para la institución.

Paralelamente el PAMI es una institución que se encontraría potencialmente interesada en generar intervenciones de tipo preventivo. Sin embargo, la población objetivo de estas acciones corresponde a las personas cubiertas por las Obras Sociales. Debido a la falta de articulación entre subsistemas e instituciones, el PAMI no cuenta con capacidad institucional (competencia), ni presupuesto suficiente para operar sobre sus futuros beneficiarios.

Como consecuencia de este sistema fragmentado, este tipo de intervención recae en la autoridad pública, que necesita desarrollar mecanismos que abarquen a toda la población y que generen externalidades positivas en la seguridad social y, específicamente, en la población de menores ingresos que carecen de cobertura de salud (población objetivo tradicional del subsector público).

Ello enfrenta al sector oncológico con un nuevo desafío: la descentralización del subsector público. Muchas provincias, especialmente aquellas con menores recursos, no cuentan con la capacidad de operar sobre el gasto catastrófico que implica el tratamiento del cáncer, y suelen recurrir a la derivación -directamente el paciente opta por trasladarse, o indirectamente el

---

<sup>4</sup> Existen algunas Obras Sociales que brindan la posibilidad de continuar cubriendo a sus afiliados una vez jubilados, como ser las obras sociales provinciales, municipales, entre otras. Aproximadamente el 30% de los jubilados tiene opción de continuar en su Obra social.

sector público utiliza algún mecanismo de derivación al interior de la estructura federal para financiar ese tratamiento-. Las brechas de equidad en el acceso a los servicios públicos de salud entre jurisdicciones derraman también en este subsector, tanto en término de prevención como de tratamiento.

Lo expuesto presenta un escenario caracterizado por un sector público desarticulado y un sector privado operando sobre algunas intervenciones específicas de la oncología, que no necesariamente se relacionan con prioridades sociales o de la autoridad pública, sino con agendas propias, identificadas con grupos de interés de familiares o enfermos de cáncer u otros intereses individuales o sectoriales.

En este marco, a continuación se expondrá el análisis de la estrategia pública desde la perspectiva del Ministerio de Salud Nacional y la respuesta privada, desde la estrategia de las organizaciones de la sociedad civil.

## **6. La experiencia del Programa Nacional de Control de Cáncer argentino**

El Programa Nacional de Control de Cáncer surge formalmente en 1976 con presupuesto del Tesoro Nacional, con el objeto de abordar las áreas de “educación profesional y social, tratamiento, pesquisa, investigación y estadística de las enfermedades neoplásticas” (Resolución Secretarial N° 2886/76). Las razones que justificaron su creación fueron el avance de la enfermedad en la población del país y el déficit asistencial del sistema de salud argentino para enfrentarlo, y cuyos objetivos se explicitan en el Anexo 1.

La etapa de planificación inicial de la estrategia fue seguida por la creación de una serie de sub-programas (ver objetivos de cada uno en el Anexo 2,3,4): Banco de Drogas Antineoplásticas<sup>5</sup> (1980), Detección Precoz de Cáncer de Cuello Uterino<sup>6</sup> (1997), y Prevención Secundaria del Cáncer de Mama<sup>7</sup> (2003). Actualmente, y de acuerdo a información proveniente de las autoridades del Programa, se encuentra bajo diseño actividades relacionadas con cuidados paliativos y cáncer de colon. Si bien la estructura institucional formal pareciera cubrir varias de las intervenciones relacionadas al control del cáncer, su implementación presenta importantes interrogantes y desafíos que se expondrán a continuación.

Desde sus comienzos el Programa desarrolló protocolos de diagnóstico y tratamientos para la mayoría de los tumores existentes, sobre la base de la lista de medicamentos del Banco de Drogas. Sin embargo, brindar pautas para establecer un nivel mínimo de atención a toda la población es indispensable para lograr la equidad en el acceso a la salud, pero no suficiente. En tanto el Estado Nacional no cuenta con efectores de salud propios debido a la estructura descentralizada del Sector, es responsabilidad de cada provincia desarrollar los servicios de atención adecuados para el diagnóstico y provisión en oncología. En este contexto, a pesar de que la mayoría de las provincias cuentan con sus programas de cáncer, existen diferencias

---

<sup>5</sup> Aprobado por la Resolución Secretarial N° 3098/80

<sup>6</sup> Aprobado por la Resolución Secretarial N° 480/98

<sup>7</sup> Aprobado por la Resolución Ministerial N°59/03

significativas entre jurisdicciones en lo que respecta a recursos humanos e infraestructura necesaria para brindar los servicios de **diagnóstico y tratamiento**.

En la mayoría de los casos, esta situación obliga a las personas enfermas de cáncer a trasladarse a la Ciudad de Buenos Aires, jurisdicción que concentra la mayor parte de los recursos en el área. Ello representa una barrera para quienes carecen de cobertura formal de salud, con limitados o nulos recursos para afrontar este gasto. Si bien no es eficiente y factible contar con todas las especialidades y servicios que involucran el área oncológica en cada provincia, la actual situación requiere un esfuerzo mayor de coordinación entre jurisdicciones para aprovechar la oferta existente y, a partir de ello, reforzarla.

El Banco de Drogas, por su parte, realiza actividades vinculadas con la programación, normatización y fiscalización del **empleo y distribución de oncoquimioterápicos**, a fin de garantizar el acceso de la población al uso correcto de los mismos, con especial énfasis en las personas sin recursos. Es la principal actividad del Programa, a la que destina la mayor parte de su presupuesto. La sede central se encuentra en la Ciudad de Buenos Aires y se promovió la creación de filiales en casi todas las provincias del país.

La labor realizada por esta institución en lo que respecta a provisión de medicamentos es ampliamente reconocida por diferentes actores que participan en el sector. Entre ellas se destacan la actualización e inclusión de nuevos medicamentos a la lista y la efectividad en la entrega desde la sede central. Sin embargo, la situación que presentan las filiales de algunas jurisdicciones plantea un importante desafío en términos de equidad. Del total de los medicamentos, el programa concentra en la sede el 85% de los mismos y distribuye el restante 15% entre las filiales. Los Ministerios de Salud locales son responsables de complementar lo provisto por el Programa con fondos propios. En la práctica, varias provincias no realizan ese aporte y, por lo general, estos bancos provinciales se encuentran desabastecidos y con marcadas demoras en la entrega.

Siguiendo las recomendaciones internacionales, el Programa también avanzó en el área de **prevención secundaria**. En 1999 se creó una Comisión Asesora para elaborar el Sub-Programa<sup>8</sup> de Prevención Secundaria del Cáncer de Mama y recién en el año 2003 se formalizó su existencia. A pesar de los años transcurridos, el Sub-Programa continúa en etapa de planificación y hasta la actualidad no se registran actividades. Uno de los motivos que se exponen es la falta de infraestructura necesaria para las actividades de tamizaje. Sin embargo, existen otras áreas de intervención del sub-programa -como la educación a la población; la identificación de redes para la detección, el diagnóstico y tratamiento; y la promoción de la participación de distintos sectores involucrados en la problemática- que tampoco han sido profundizadas. Siendo “el cáncer de mama el más frecuente en la mujer” y “la primera causa de muerte entre todos los tumores en la mujer adulta” (Resolución, 59/03), la puesta en práctica del Sub-programa se presenta como un desafío impostergable para la autoridad pública.

---

<sup>8</sup> Aprobada por la resolución Secretarial N°05/99

En el caso del Sub-Programa de Detección Precoz del Cáncer de Cuello Uterino, la situación se encuentra más avanzada. Se brindó capacitación a los equipos de salud provinciales de los servicios públicos que participan en el área. Sin embargo, la brecha existente entre las metas propuestas y la tendencia de la década anterior plantean interrogantes a la estrategia actual y la necesidad de profundizar el trabajo en el área.

La norma que dio origen al Sub-Programa, establece como meta reducir 50% la mortalidad por este tipo de cáncer en el período 1998-2006. En primer lugar, es importante señalar que la meta establecida resulta ambiciosa y, por ende, poco probable de alcanzar en el periodo establecido. Diseñar un programa sobre una base informada, resulta de vital importancia en la medida que determina, en parte, su futura puesta en práctica.

En segundo lugar, y sin intenciones de evaluar dicha meta, datos disponibles para el 2001 evidencian una tendencia que no iría en esta dirección. Así, la situación nacional para ese año prácticamente no registró cambios desde 1989. Al analizar el desempeño de las provincias, se observa que de las veinticuatro jurisdicciones: sólo dos superaron el 50% de reducción de la tasa (Chubut y San Luis), dos la redujeron en más de un 30% (Neuquén y San Juan), once obtuvieron una leve baja (Buenos Aires, Ciudad de Buenos Aires, Chaco, Formosa, Jujuy, Tucumán, Misiones, Salta, Santa Cruz, Santa Fe y Río Negro), dos no registraron cambios (Córdoba y Mendoza), y seis evidencian incrementos en sus indicadores, tres menores al 15% (Entre Ríos, La Pampa y Catamarca), dos alcanzan y superan el 50% (Corrientes y La Rioja) y una duplica la tasa (Santiago del Estero) (ver tabla en Anexo 6).

La actividad del Programa en el ámbito de **cuidados paliativos**, de acuerdo a lo expresado por la Dirección del Programa, se organizó en cinco centros hospitalarios de la Ciudad de Buenos Aires y se encuentran en proceso de puesta en marcha. Como sucede en gran parte de los países en vías de desarrollo, este tipo de intervención suele ser una de las últimas en abordarse.

La **interacción entre el Programa Nacional de Control de Cáncer y otros actores** que intervienen en el sector de oncología es escasa. Tanto las autoridades del Programa como referentes de organizaciones de la sociedad civil orientadas al cáncer así lo expresaron en las entrevistas. Sin embargo, desde el Programa se manifestó el interés de avanzar en esta dirección y están planificando acciones para proporcionar un espacio de trabajo conjunto y mayor interacción con organizaciones y asociaciones científicas. Asimismo, se remarca la dificultad en la **interacción con las autoridades públicas provinciales** referentes del área oncológica. Así, el Programa se relaciona principalmente con los servicios de los hospitales públicos ubicados en la Ciudad de Buenos Aires, jurisdicción que concentra la mayor cantidad de recursos humanos y de infraestructura en la temática.

Por su parte, el Programa Nacional de Control del Tabaco representa la principal intervención en lo que respecta a **prevención primaria** del cáncer. Se encuentra en funcionamiento desde el año 2003 y abarca los aspectos principales que determinan el alto consumo de tabaco en Argentina: elevada accesibilidad a los productos de tabaco, amplia presencia de imágenes positivas sobre el consumo, alta exposición al humo de tabaco ambiental y baja capacidad de los servicios de salud para la cesación tabáquica. Para ello, desarrolló un conjunto de líneas de acción que operan sobre estos determinantes: (i)

regulación de la accesibilidad al tabaco, (ii) promoción de estilos de vida sin tabaco, (iii) promoción y regulación de ambientes libres de humo, y (iv) desarrollo de servicios e incentivos a la cesación (los objetivos y actividades se exponen en el Anexo 5). De esta manera busca lograr el control de la problemática en sus tres áreas principales: prevención primaria, protección del fumador pasivo y cesación.

En su corto tiempo de vida, el Programa cuenta con logros significativos, entre ellos su contribución a instalar el tema en la agenda pública a nivel nacional y local y a promover legislación de ambientes libres de humo en provincias y municipios. Actualmente cuatro importantes jurisdicciones cuentan con dicha ley en funcionamiento (Ciudad de Buenos Aires, Tucumán, Santa Fé y Córdoba). Asimismo, desarrolla un importante esfuerzo de capacitación y articulación provincial. Al respecto autoridades del programa señalaron: *“partimos de una realidad donde había 4 o 5 provincias que tenían acciones sobre tabaquismo y hoy tenemos 20 provincias con programas de control de tabaco en marcha. Capacitamos recursos de provincias y municipios y también asesoramos a los poderes provinciales en la formulación de legislación.”*

Si bien todas las líneas de acción del Programa se encuentran actualmente en marcha, las autoridades reconocen que algunas tienen un desarrollo limitado porque en ciertos casos dependen de decisiones de otros poderes del Estado como el Poder Legislativo. En este sentido, señalaron: *“una línea que es reducir la accesibilidad al tabaco, tiene que ver con el aumento de impuestos, la regulación del tamaño de los envases y estas son respuestas que debe dar el poder legislativo que tiene sus tiempos.”* Lo sucedido recientemente con la demora en la ratificación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, el cual no contó todavía con el apoyo necesario en el Senado Nacional, ilustra claramente esta situación. Así, las autoridades reconocen que el control integral del tabaco es un proceso que se encuentra en desarrollo y exponen como desafíos consolidar los equipos provinciales y articular acciones conjuntas con los distintos sectores.

## **7. Organizaciones de la Sociedad Civil: sus estrategias, logros y autoevaluación**

El análisis de las acciones desarrolladas por organizaciones de la sociedad civil en el tema oncológico utilizó un instrumento encuesta que permitió sistematizar la información. Las preguntas iniciales del cuestionario se orientaron a conocer su origen e indagar sus estrategias de intervención en el campo de la problemática del cáncer. Esta información se complementó con aquella publicada en sus páginas de internet y se presenta sintéticamente en el Cuadro 1.



**Cuadro 1. OSCs referentes en la temática del cáncer**

Institución	Objetivos	Actividades	Población Beneficiaria	Fecha de Inicio
<b>Asociación Argentina del Cáncer (ASARCA)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asistir y estimular a profesionales y técnicos dedicados al estudio y a la investigación del cáncer.</li> <li>- Promover el desarrollo de una conciencia social acerca de esta enfermedad y las formas de prevención.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Brinda educación profesional a través de un Departamento Científico integrado por representantes de la clínica como de la investigación.</li> <li>- Desarrolla de eventos (ateneos, seminarios, mesas redondas, cursos de pregrado, becas para investigación y viajes, cursos para enfermería)</li> <li>- Cuenta con una Biblioteca Especializada.</li> <li>- Difunde conocimientos sobre la naturaleza de las enfermedades malignas y su forma de prevención.</li> </ul>	<p>Profesionales médicos y especialistas</p> <p>Población en general</p>	1956
<b>Fundación Natalí Dafne Flexer</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mejorar la calidad de vida del niño enfermo y su familia mitigando los efectos de la enfermedad y del tratamiento.</li> <li>- Promover espacios de socialización para evitar el aislamiento producido por la enfermedad.</li> <li>- Esclarecer y facilitar información a los familiares.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Brinda soporte integral a las necesidades de los niños con cáncer y sus familias (contención emocional, asistencia social, de recreación, apoyo a tratamientos, informativo-educativo y difusión).</li> <li>- Atiende las necesidades de profesionales e instituciones de todo el país a través de becas de capacitación.</li> <li>- Desarrolla una red nacional de comunicación interhospitalaria y realiza obras de remodelación e infraestructura en distintos hospitales públicos.</li> <li>- Apoya la creación y formación de fundaciones con objetivos similares a los suyos, en el interior del país.</li> </ul>	Niños con cáncer hematológico y retinoblastoma y otros problemas hematológicos no neoplásicos.	1995
<b>Fundación para la Investigación y Prevención del Cáncer (FUCA)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Educar, investigar y formar médicos en oncología.</li> <li>- Enseñar a la gente a prevenir la enfermedad del cáncer.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programa de becas de posgrado en oncología clínica.</li> <li>- En el Centro de Investigaciones Oncológicas se estudian terapias génicas, anticuerpos monoclonales, vacunas antitumorales e inmunoterapia, y cuenta con el primer Banco de Tumores y Sueros del país.</li> <li>- Desde la biblioteca, sostiene y actualiza la tarea asistencial, de investigación y docencia.</li> <li>- Informa a la comunidad sobre la importancia de la detección precoz del cáncer.</li> </ul>	<p>Profesionales médicos y especialistas</p> <p>Población en general</p>	1984



Institución	Objetivos	Actividades	Población Beneficiaria	Fecha de Inicio
<b>Liga Argentina de Lucha Contra el Cáncer (LALCEC)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mitigar los efectos del cáncer mediante la prevención, educación y diagnóstico oportuno.</li> <li>- Crear nuevos centros de diagnóstico, equipar los existentes, capacitar a profesionales y estimular la investigación científica para identificar causas y nuevas formas de tratamiento.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El servicio social provee medicamentos, solicita internaciones, realiza trámites relativos a los enfermos sin recursos económicos.</li> <li>- Brinda apoyo médico a través de diversos Centros de Atención.</li> <li>- Apoya la investigación por medio de becas.</li> <li>- Brinda información y dicta conferencias sobre Educación para la Salud y Prevención del Cáncer.</li> <li>- Programa de Detección del Cáncer Mamario: unidad móvil que se traslada a poblaciones sin acceso a mamógrafos.</li> </ul>	Población en general	1921
<b>Fundación ACIAPO (Atención comunitaria al paciente oncológico)</b>	Mejorar la calidad de vida de la persona con cáncer y su familia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Contiene y acompaña a la persona con cáncer, a fin de enfrentar la enfermedad y sobrellevar el proceso de tratamientos.</li> <li>- Acompaña y asesora a la familia, en el esclarecimiento de su enfermedad.</li> <li>- Contribuye a solucionar sus necesidades sociales.</li> <li>- Capacita para dar calidad en los servicios brindados.</li> <li>- Colabora con Hospitales para brindar atención al paciente con cáncer (San Isidro y Pilar).</li> </ul>	Población con cancer y sus familiares	1997

En términos generales las OSCs han experimentado un crecimiento sostenido a partir de sus inicios, y muchas expandieron sus áreas de intervención a partir de la obtención de buenos resultados. Los principales logros de las organizaciones consultadas se agrupan en los siguientes ejes:

Docencia. Las organizaciones muestran participación en actividades de formación que se extienden desde intervenciones escolares mediante concursos temáticos, hasta la organización y participación en conferencias y cursos de pre y post grado. Asimismo, algunas organizaciones focalizaron sus actividades docentes en la provisión de información hacia los pacientes y sus familias. Para ello organizan una variedad de eventos en los que se convoca a especialistas en diversos aspectos de la temática oncológica, destinados a saldar dudas e inquietudes.

Campañas. Muchas de las organizaciones consultadas realizan campañas de difusión para la prevención de los tumores en los cuales trabajan. Algunas de estas intervenciones incluyen la prestación de servicios preventivos, como mamografías, que se organizan en general a partir de los efectores del sector público en combinación con recursos obtenidos por las fundaciones que impulsan la iniciativa. A modo de ejemplo, una de las organizaciones (LALCEC) cuenta, gracias al apoyo de una fundación empresaria, con un móvil que circula por diferentes regiones del país realizando mamografías. Este tipo de campañas, independientemente del alcance y la población beneficiada, suelen ser costosas y se encuentran sujetas a la capacidad de recaudación de fondos de las organizaciones. Por esta razón, las campañas en general se implementan como intervenciones intensas pero aisladas de programas a largo plazo y de otras intervenciones que pudieran darles un mayor alcance.

Con respecto a la investigación, la mayor parte de las organizaciones no gubernamentales destina algún porcentaje de sus ingresos tanto a la promoción de la investigación como al diseño e implementación de protocolos de investigación propios. La organización Fundaleu ejemplifica este caso, destinando una parte sus esfuerzos a realizar investigaciones en torno a sus temas de interés. Para esto, cuentan con investigadores asociados y presentan sus proyectos a organismos financiadores o con fondos propios de la fundación. Otra forma de fomentar la investigación es la que lleva a cabo la Fundación Natali Flexer, financiando actividades de capacitación e investigación para profesionales de otras provincias del país, bajo el compromiso de incrementar y difundir las actividades para las cuales la fundación fue creada. En general, si bien no todas las organizaciones realizan tareas de investigación, todas promueven la difusión de los resultados obtenidos en el tema ya sea por investigadores locales como foráneos. Por ejemplo, la Asociación Argentina de Cáncer (ASARCA) dispone de un extenso catálogo de publicaciones a las que se encuentra suscripta. Asimismo, varias organizaciones disponen de una biblioteca especializada de libre acceso para el público en general.

Las actividades asociadas al tratamiento de los pacientes son probablemente las más frecuentes en las OSCs entrevistadas. Estas actividades abarcan una amplia gama de acciones que se extienden desde la entrega de medicamentos para la población sin acceso a ellos, hasta internación y trasplantes de médula ósea, pasando por cuidados paliativos y tratamiento psicológico a pacientes y sus familias. Complementariamente, estas organizaciones suelen realizar tareas de contención y apoyo social dentro de las cuales ofrecen a sus beneficiarios

capacitación laboral, realización de trámites, alimentación, actividades recreativas, entre otras. Muchas de estas tareas se sostienen gracias a programas de voluntariado que encuentran diversos grados de organización según cada institución.

De la información recogida, se desprende que las OSCs orientadas a la problemática del cáncer desarrollan una amplia gama de actividades que complementan y, en algunos casos, suplen las actividades a ser implementadas por el Estado. Al igual que en otros sectores, esta lógica explica la creación de OSCs y sus crecimientos, y refleja en parte la necesidad de cubrir un “espacio” que no está cubierto por dicho Estado.

## **7.1 La articulación con organizaciones pares**

Para complementar la caracterización de las organizaciones y sus estrategias, una dimensión relevante a tener en cuenta es la interacción y articulación de las instituciones al interior del sector.

En este marco, las opiniones de los entrevistados coinciden en que debiera existir una instancia formal de convocatoria y concertación, a fines de potenciar sus acciones. Se menciona la presencia de una Red Oncológica Solidaria, cuya función no parece ser enteramente conocida por varios de los entrevistados, evidenciando una baja inserción e incidencia de la misma. La existencia de una instancia de articulación entre las distintas organizaciones se reduce a intercambios puntuales. El ejemplo presente en las entrevistas es el de una fundación que dispone de medicamentos y los envía a otra fundación, que retribuye con servicios asistenciales, como consultas psicoterapéuticas.

Al indagar y analizar las causas de esta situación, se obtienen diferentes perspectivas que ilustran creencias y percepciones diferentes. La mayoría aduce que las organizaciones no pueden o no quieren avanzar en un intento de articulación. Ejemplos de algunas respuestas son “...todas quieren tener su propio lugar. Si se unieran quizás se lograría algo más.” o “Las redes que se forman en este ámbito son burocráticas y poco transparentes...”. Asimismo, se hace referencia también a cierto rechazo por parte de las OSCs ante la posibilidad de “...que se les licue la identidad.” en caso de asociarse para articular acciones. Por otra parte, se marca una diferencia hacia las instituciones que se encuentran en mejores condiciones, ya sea porque perciben ingresos de sus beneficiarios o por encontrarse cerca del Estado (si bien ninguno de los entrevistados declaró sentirse “cerca” del mismo). Se plantea, asimismo, que muchas organizaciones no se encuentran realmente próximas a las necesidades: “En general se desconfía mucho tanto de las OSCs como de otras instituciones. El tema es cómo llegar a la población verdaderamente vulnerable... Yo no conozco demasiadas OSCs que estén instaladas en Formosa, o en la selva del Chaco.”

Existen, según lo expuesto, diversos motivos que explican la falta de articulación entre las OSCs del sector para potenciar sus alcances. Esta situación seguramente resulta en duplicación de esfuerzos y en una menor eficiencia de las gestiones ante el Estado, que aparentemente tampoco se encuentra motivado a fomentar iniciativas de concertación. Sin embargo, de las entrevistas se extraen algunas referencias optimistas hacia un futuro en el cual la sociedad civil se encuentre mejor organizada en torno a la problemática. Uno de los

entrevistados considera que existe un proceso de concientización por parte de la sociedad a través del cual se fortalecerían las organizaciones de la sociedad civil: *“Entonces el hecho de que la sociedad comience a tomar mayor conciencia en términos de solidaridad, las organizaciones sin fines de lucro van a ir cobrando mayor relevancia”*. Asimismo, el sector cuenta con un número reducido de OSCs con cierta capacidad de ejecutar acciones, lo que facilitaría la concertación, sin costos de estructura elevados (cabe mencionar que todas las entrevistadas, a excepción de una, se encuentran en el ámbito de la Ciudad de Buenos Aires). La magnitud del problema del cáncer en Argentina amerita un movimiento en la dirección de la sinergia entre OSCs, a fin de cumplir una función social que colabore con el Estado, en ocupar los espacios aún vacantes.

Asimismo, cabe aclarar que las organizaciones que focalizan su trabajo en cáncer en niños presentan una situación diferente. Según lo expresado por una entrevistada, tienen una articulación mayor que aquellas dedicadas al cáncer de adultos, evidenciando un importante trabajo en red con OSCs del interior del país y, también, junto a servicios públicos de salud de oncología pediátrica de diferentes jurisdicciones. La labor de la Fundación Natali Dafne Flexer y organizaciones socias de varias provincias, es un ejemplo de ello.

## **7.2 Su relación con Estado y percepción sobre la estrategia pública de control de cáncer**

Complementariamente al análisis de objetivos y acciones de las OSCs en oncología, el estudio plantea el análisis del rol que asume el Estado en materia de políticas públicas en la temática del cáncer y su interacción con organizaciones de la sociedad civil que trabajan en el área. Para ello, las entrevistas realizadas incorporaron un grupo de preguntas interesadas en indagar sobre la relación que tienen con el Estado, su conocimiento de los programas existentes y su percepción sobre el desempeño del Estado Nacional al respecto.

En general las organizaciones entrevistadas manifestaron no tener relación con el Estado. Aquellos que señalaron tener algún tipo de contacto, aclararon que se debió a temas puntuales y principalmente con gobiernos locales o a través de hospitales. Al respecto los entrevistados señalaron: *“No hay relación con el Estado. En alguna oportunidad obtuvimos becas, a través del programa VIGIA o del Conicet”*; *“Con el Estado no tenemos mucha relación. Participamos de las licitaciones que produce para trasplante de pacientes carenciados.”*; *“A lo sumo, nos dan el auspicio, nada más que eso, para los concursos escolares, a nivel de la Ciudad de Buenos Aires.”*; o *“... con los gobiernos municipales. Tenemos muy buena relación con el gobierno de la localidad donde actuamos...”*. En ninguno de los casos se hizo mención a una relación institucional con los programas de cáncer que se implementan desde el Ministerio Nacional de Salud, ni a un interés específico en coordinar esfuerzos con el Ministerio Nacional.

Al indagar sobre la causas de esta escasa interacción, las respuestas giraron en torno a la ausencia de un contacto sistemático por parte de Estado y, a la ausencia, por parte de las OSCs, de una iniciativa por profundizar este tipo de relación como línea de acción. Así, un entrevistado expresó: *“...no existe una política de contactar y consultar a instituciones...”* y otro: *“No tenemos una política de relación con el Estado”*. Una de las entrevistadas hizo hincapié en la falta de difusión de los programas y servicios que brinda el Estado en temas oncológicos. En

esta dirección remarca: *"...la falta de difusión que hace el estado de algunos derechos, programas existentes, etc. Nuestra fundación tuvo que salir a difundir el PMO<sup>9</sup> durante los primeros 4 años porque los pacientes no sabían que estaban cubiertos por ese programa..."* Y a la vez hace alusión a la informalidad de las relaciones que se desarrollan entre estos actores *"A mi no me llega nada, sólo porque hay una persona acá que tiene alguna relación con alguien de allá, pero sino no me llega información que puede sernos útil."* En esta misma línea, varios mencionaron que si bien no tienen un contacto institucional con el Ministerio de Salud Nacional, mantienen contacto informal con algún interlocutor que los mantiene al tanto sobre ciertos temas.

Otro aspecto destacado fue la falta de continuidad asociada con cambios de gobierno o de funcionarios, lo que repercute en las relaciones desarrolladas. Al respecto algunos señalaron: *"Se convoca de tanto en tanto cuando llega un funcionario nuevo pero después las cosas no avanzan"; "Se nos convocó para darnos un subsidio y nunca llegó" o "el problema es que no ayudan los cambios de gobierno (...) cuando se van nuestros papeles desaparecieron, no hay nada, ¿que paso?"* De lo expuesto se desprende que la interacción entre organizaciones de la sociedad civil y los organismos estatales referentes del sector ha sido escasa. Asimismo, los entrevistados concuerdan en que sería relevante que se los consulte e invite a participar de espacios de articulación, siendo estas organizaciones, lugares de referencia a los que concurre parte de la potencial población beneficiaria de los programas públicos. Manifiestan en general una actitud colaborativa y optimista hacia una futura interacción con el Estado. Así, consideran que sería *"bueno interactuar porque cada uno aporta desde su espacio para lograr soluciones. Deberíamos todos, empresa, gobierno y sociedad civil..."*, y reconocen que *"las OSCs pueden hacer hasta cierto punto, entonces si uno quiere instalar una política sanitaria efectiva para todo el mundo tienen que partir del estado."* y *"A pesar de todas las falencias (...), lo más criterioso es apoyar a la Salud Pública."*

Respecto del conocimiento sobre los programas nacionales de cáncer, todos los entrevistados mostraron tener algún grado de conocimiento del Banco de Drogas, una menor cantidad mencionó los Subprogramas de Prevención de Cáncer de Cuello de Útero y de Mama, y pocos relacionaron este tipo de programas con líneas de prevención como el Control de Tabaco. La falta de conocimiento sobre ciertos programas se puede aducir, en parte, a la concentración de su trabajo en sólo algunos tipos de cáncer, como también a la falta de difusión por parte del Estado de la existencia de los programas. Como señalaba crudamente una entrevistada *"creo que tiene mucha falencia de difusión de información a los actores. (...) ¿De que sirve poner en funcionamiento cosas que le son útiles a determinadas personas y entidades, si esas entidades y personas no lo saben?"*.

La evaluación que realizan respecto del desempeño de los programas y de la estrategia que implementa el Ministerio de Salud Nacional en materia de Control del Cáncer es variada. En primer lugar, cabe aclarar que algunos entrevistados manifestaron no conocer lo suficiente el desempeño de los programas para realizar una evaluación.

El Banco de Drogas es el programa más mencionado por todos, y varios identifican al Programa Nacional de Control de Cáncer únicamente con este subprograma. En líneas

---

<sup>9</sup> Programa Médico Obligatorio (PMO), esta integrado por el conjunto de prestaciones básicas esenciales garantizadas por los Agentes del Seguro de Salud comprendidos en el Artículo 1° de la Ley N° 23.660.

generales reconocen una mejora en su funcionamiento y valoran su continuidad en el tiempo. Sin embargo, principalmente aquellos que trabajan en el interior del país, subrayan la marcada diferencia del funcionamiento del Banco de Drogas Nacional, ubicado en Ciudad de Buenos Aires, de aquellas sedes provinciales. En este sentido, señalaron: *“En el Banco de Drogas de Capital la demora es de 2 a 3 días, y en el de provincia estamos hablando de 20, 40, 60 días, cosa que es terrible (...) Por ésto tenemos una asesoría legal para hacer los recursos de amparo”; “Es una burocracia que ni te digo (...) Preferimos tratar de conseguir la medicación por otro lado, a estar pidiendo audiencia que tardan dos meses, el paciente ya se murió.” o “Hay un Banco Nacional que funciona en Buenos Aires, para el paciente que no tiene recursos y tiene que comprar drogas oncológicas que son carismas, esta funcionado aceptablemente bien.(...) El tema es con los provinciales, que muchas veces son sólo un sello.”*

En esta línea, un entrevistado enfatizó sobre la falta de articulación y coordinación con las provincias, y cómo repercute en un acceso diferenciado a medicamentos gratuitos que tiene un paciente de acuerdo a la provincia donde reside. Así, señaló duramente: *“Si una persona por ejemplo es oriunda de La Rioja, le quedan dos opciones. O se atiende y va al Banco de Drogas de La Rioja, que no estoy seguro si tiene porque no todas las provincias tienen Banco de Drogas. Sino, tiene que venirse a hacer atender en Buenos Aires y con una orden de un centro de Buenos Aires va al Banco de Drogas de Buenos Aires, y ahí tiene más chance de conseguir. Es decir que se le agrega un factor de riesgo más a los que ya tiene: que es atenderse en una provincia o en un centro importante como puede ser la capital federal o una provincia mas importante.”*

Otra crítica surgida de las entrevistas es la falta de cobertura de algunos medicamentos y la situación que ello genera en los pacientes: *“se recetan, y los pacientes quedan suspendidos, es un stress horrible”*. Sin embargo, se reconoce la mejora en el desempeño del Banco de Drogas y, en esta línea, un entrevistado relaciona la falta de acceso a ciertos medicamentos a una situación generalizada en la que se encuentran la mayoría de los países en desarrollo. Sin embargo, la opinión de un entrevistado señala como un gran avance de la estrategia del Ministerio de Salud Nacional, la Ley de Prescripción de Medicamentos por el Nombre Genérico y la inclusión de las drogas oncológicas al programa médico obligatorio (PMO), con cobertura del 100%.

Con respecto a los Subprogramas de Control de Cáncer de Mama y Cuello Uterino, pocos mencionaron su existencia o manifestaron no tener una opinión sobre su desempeño. En este marco, uno de los entrevistados señaló la importancia de desarrollar un programa eficaz de prevención de cuello uterino debido a la incidencia que tiene en el país: *“Yo soy ginecólogo, hace muchísimos años que trabajo en esto y no vi un programa efectivo de prevención de cáncer de cuello uterino. El cáncer de cuello uterino hace estragos en la Argentina. Y le llevamos desde nuestro hospital, que es un hospital universitario, le hemos llevado propuestas de complementar los programas, y no hacen nada. (...). Asimismo, aquellos que focalizan su trabajo en prevención, enfatizan su percepción sobre la existencia de un vacío de política en la estrategia de salud nacional en esta área. Al respecto se encuentran manifestaciones como las siguientes: “El Estado gasta mucho más en paliativos para menguar el dolor de la enfermedad que en prevenir, porque eso no tiene el impacto político”; “La expectativa de vida en nuestro país es una de las más altas de América, pero con respecto al cáncer se podría lograr mucho más previniendo.”; “Hay cánceres que podemos prevenir con campañas, educación, instrucción como el autoexamen de mamas. Hay otras que no. Sobre las que se pueden actuar, la prevención puede lograr salvar a cientos de miles...”*



La OSCs del área, evalúan que la coordinación del nivel nacional con las provincias u otras instituciones públicas descentralizadas en relación a la problemática del cáncer es débil. Principalmente aquellos que trabajan a en algunas provincias, mencionan la falta de capacidad técnica, infraestructura y en algunos casos la ausencia total de servicios públicos orientados al tratamiento del cáncer. Asimismo, remarcan la falta de coordinación entre las provincias con la Ciudad de Buenos Aires, donde se centraliza la mayor parte de los recursos de diagnóstico y tratamiento de pacientes oncológicos.

## **8. Conclusiones**

El cáncer es un problema de creciente importancia en cuanto a la carga sanitaria que representa para el país. Paralelamente, los costos de la atención y los tratamientos se incrementan a una velocidad que supera la capacidad de adaptación del Estado. En este contexto, el análisis de las intervenciones orientadas a la lucha contra el cáncer proporciona un marco general para el desarrollo de una estrategia nacional integral que involucre a todos los actores (gubernamentales y no gubernamentales) que participan del sector.

La estructura del Sistema de Salud Argentino en muchos casos no proporciona señales eficaces para los actores participantes, obstaculizando el desarrollo de intervenciones relevantes para el control del cáncer. Este es el caso de las Obras Sociales, que no cuentan con incentivos para desarrollar actividades en el área de prevención primaria y secundaria. También es el caso del PAMI, que no tiene jurisdicción sobre su futura población objetivo, limitando su posibilidad para llevar a cabo, tales iniciativas de prevención. Finalmente, el Sub-sector público, debe absorber los costos de la fragmentación, en un contexto de descentralización caracterizado por fallas en la coordinación e importantes brechas de financiamiento entre las provincias.

Frente a este panorama, el desarrollo de un Programa Nacional de Control de Cáncer pareciera ser una respuesta adecuada desde el Estado. Sin embargo, a pesar de contar con una estrategia pública que formalmente aborda las principales áreas del control de cáncer (prevención primaria y secundaria, diagnóstico y tratamiento, cuidados paliativos y vigilancia e investigación), la práctica evidencia retrasos y desafíos pendientes en su implementación.

En este contexto, las OSCs buscan incrementar sus alcances y crecen cobrando cada vez más relevancia en algunos rubros como campañas, tratamiento y cuidados paliativos. A pesar de ello, aún quedan grandes desafíos por resolver, entre los cuales se encuentra la escasa presencia de estas organizaciones en sitios periféricos, y la poca comunicación y articulación entre ellas, que en muchos casos superponen objetivos y actividades. Asimismo la comunicación entre OSCs y Estado es débil, con esfuerzos esporádicos de coordinación en ambas direcciones.

En líneas generales, los entrevistados de la sociedad civil reconocieron alguna mejora en el desempeño del Estado Nacional respecto al abordaje de la problemática del cáncer. Sin embargo, señalaron varios puntos débiles en los programas existentes y espacios vacantes en

materia de política pública. Reconocen que los programas *“son un adelanto, pero son insuficientes”* y que *“se necesita de puentes o instituciones intermedias que los hagan más amigables.”*

Ante un escenario de creciente incidencia de enfermedades oncológicas en argentina y dadas las variadas facetas de intervención (prevención primaria y secundaria, tratamiento y cuidados paliativos), la coordinación Estado/Provincias y Publico/Privado son imprescindibles para alcanzar mayor equidad en la asignación de recursos y mayor eficiencia en su gerenciamiento. Este documento pone de manifiesto la presencia de oportunidades de intervención con amplio efecto multiplicador: unidades regionales de seguimiento, articulación en la distribución de drogas, mayor comunicación de las iniciativas públicas y el aprovechamiento de redes de la sociedad civil para la difusión de información y adelantos científicos en prácticas preventivas y paliativas.

Con un nivel de complejidad mayor, la estrategia de política pública requerirá articular fondos regionales y nacionales para reducir las brechas de acceso y el efecto financieramente catastrófico del cáncer sobre el gasto de los hogares, especialmente de aquellos con menor capacidad económica, y localizados en regiones con menor infraestructura.

## Bibliografía

- Banco Interamericano de Desarrollo. "Informe de Progreso Económico y Social", BID, Washington D.C., 1996.
- Kremer, P "¿Cáncer de ricos y cáncer de pobres?: La distribución del cáncer en las regiones argentinas", *Documento de Políticas Públicas*, CIPPEC, Buenos Aires, mayo de 2007.
- Leighton C. y Maceira, D. "Guía básica de política: toma de decisiones para la equidad en la reforma del sector salud" PHRplus, Washington D.C., 1999.
- Maceira, D. "Mecanismos de protección social en salud e impacto de shocks financieros: El caso argentino", *Serie Seminarios Salud y Política Pública*, CEDES, WP N°.6, Buenos Aires, junio de 2004.
- Maceira, D. "Descentralización y equidad en el sistema de salud argentino", en Flood, C., *La política del gasto social: lecciones de la experiencia argentina*, Editorial La Colmena, Buenos Aires, 2005.
- Matos E., Loria D., Zengarini N. "Atlas de mortalidad por cáncer en Argentina 1997-2001" Buenos Aires, julio de 2003.
- Matos E., Loria D, Vilensky y García. "Atlas de mortalidad por cáncer en Argentina 1989-1992" Buenos Aires, 1997.
- Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Programa Nacional de Control del Cáncer. Subprograma de Detección Precoz del Cáncer de Cuello Uterino. Disponible en [www.msal.gov.ar](http://www.msal.gov.ar)
- Ministerio de Salud y Acción Social. "Subprograma de Detección Precoz de Cáncer de Cuello Uterino", *Resolución Secretarial N° 480/98*, Argentina, 1998.
- Ministerio de Salud. "Subprograma Nacional de Prevención Secundaria del Cáncer de Mama", *Resolución Ministerial N°59/03*, Argentina, 2003
- OMS, "Programas Nacionales de Control de Cáncer. Políticas y Pautas para la Gestión", OPS, Washington D.C., 2004.
- OMS, "World Cancer Report", Washington D.C., 2003.
- Wagstaff, A., y Van Doorslaer, E. "Catastrophe and Impoverishment in Paying for Health Care: With Applications to Vietnam 1993-1998", *Health Economics*, Vol. 12, febrero de 2002.
- World Bank, "World Development Report 1993. Investing in Health", World Bank, Washington D.C., junio de 1993.
- Roa, R. y Torres, R. "La Salud de los Argentinos marco normativo y financiamiento", Centro Interamericano de Seguridad Social, Buenos Aires, junio 2004.
- Secretaría de Estado de Salud Pública. "Programa de Actividades del Banco Nacional de Drogas Antineoplásticas", *Resolución Secretarial N° 3098/80*, Argentina, 1980.
- Secretaría de Estado de Salud Pública. "Programa de Control de Cáncer", *Resolución Secretarial N° 2886/76*, Argentina, 1976.
- Sloan, F. y Gelband, H. "Cancer Control Opportunities in Low- and Middle Income Countries", Institute of Medicine of The National Academies, Washington D.C., 2007.

**Daniel Maceira**, Director del Área de Salud de CIPPEC. Es Lic. en Economía, Universidad de Buenos Aires (UBA), Ph.D. en Economía, Universidad de Boston, especializado en economía de la salud y organización industrial, con becas y subsidios de estudio de la Fundación Ford, el Programa de Becas del Gobierno de Japón, la Fundación Adenauer, y la Beca Rosestein-Rodan de Boston University, entre otras. Es investigador titular del CEDES e investigador adjunto del CONICET. Desarrolla actividades docentes en universidades nacionales y extranjeras. Realizó varias publicaciones en revistas especializadas y ha tenido participación en numerosos proyectos de investigación y programas de asistencia técnica, especialmente en América Latina y el Caribe. Brinda asesoría técnica a distintos organismos nacionales e internacionales.

**Sofía Olaviaga**, Lic. en Ciencia Política, Universidad de Buenos Aires (UBA). Maestría en Diseño y Gestión de Políticas y Programas Sociales (FLACSO).

**Si desea citar este documento:** Maceira, Daniel y Olaviaga, Sofía: “Mapa de actores del sector oncológico en Argentina: objetivos, estrategias y mecanismos de articulación”, *Documento de Trabajo*, CIPPEC, Buenos Aires, Abril de 2007.

#### **Acerca de CIPPEC**

CIPPEC (Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento) es una organización independiente y sin fines de lucro que trabaja por un Estado justo, democrático y eficiente que mejore la vida de las personas. Para ello concentra sus esfuerzos en analizar y promover políticas públicas que fomenten la equidad y el crecimiento en Argentina. Nuestro desafío es traducir en acciones concretas las mejores ideas que surjan en las áreas de Educación, Salud, Justicia, Política Fiscal, Transparencia, Instituciones Políticas, Gestión Pública Local e Incidencia de la Sociedad Civil.

## **Anexo 1**

### **Objetivos del Programa Nacional de Control de Cáncer**

*Fuente: Resolución Secretarial N° 2886/76*

- 1) Realizar la educación cancerológica profesional y social necesaria, formando una conciencia médica acerca del problema de esta enfermedad, divulgando los conocimientos básicos imprescindibles.
- 2) Colaborar con la orientación clínica y terapéutica de los enfermos.
- 3) Encargarse de la recuperación física y emocional de los tratados.
- 4) Procurar un diagnóstico precoz y correcto.
- 5) Realizar estudios estadísticos vinculados con esa enfermedad.
- 6) Impulsar el hallazgo de nuevos conocimientos relacionados con el mismo.
- 7) Rehabilitación socio-económica del paciente tratado.
- 8) Organización y funcionamiento de los Comités de Tumores.
- 9) Impulsar el registro de tumores.

## **Anexo 2**

### **Sub-Programa de Banco de Drogas**

*Fuente: Resolución Secretarial N° 3098/80*

Misión: Realizar las actividades vinculadas con la programación, normatización y fiscalización del empleo y distribución de los oncoquimioterápicos, a fin de garantizar el acceso al uso correcto de los mismos.

Funciones:

- 1) Realizar las actividades conducentes a la adquisición en el país o en el exterior de drogas de acción antineoplásticas.
- 2) Efectuar las actividades que correspondan para asegurar la distribución y contralor de las citadas drogas.
- 3) Ejecutar las actividades inherentes para la implementación de Filiales.
- 4) Fiscalizar el desenvolvimiento profesional y administrativo de sus Filiales.
- 5) Ejecutar las tareas de cooperación técnica Nacional e Internacional inherentes al cumplimiento de la misión y funciones del banco.
- 6) Realizar la elaboración de los programas y proyectos del Banco en lo concerniente a su temática.

- 7) Normalizar las actividades vinculadas al empleo de oncoquimioterápicos.
- 8) Participar en las actividades inherentes al Registro Nacional de Tumores y seguimiento de casos.
- 9) Realizar las actividades administrativas y contables tendientes al logro de la misión del Banco.

### **Anexo 3**

#### **Sub-Programa de Detección Precoz de Cáncer de Cuello Uterino**

*Fuente: Resolución Secretarial N<sup>o</sup> 480/98*

Objetivos:

- 1) Reducir la mortalidad por cáncer del cuello uterino.
- 2) Prevenir el carcinoma invasor a través de la detección, diagnóstico y tratamiento temprano de la enfermedad en sus etapas preinvasoras.
- 3) Garantizar el tratamiento adecuado y mejorar la calidad de vida en las pacientes con cáncer avanzado del cuello uterino.

Estrategia:

Se ha de utilizar en todo el territorio nacional consistirá en la realización de un diagnóstico precoz, la estadificación y tratamiento adecuado de las enfermedades preinvasivas e invasoras del cuello uterino

Metas:

Se plantean metas y submetas para el año 2006, tomando como comienzo del programa nacional el año 1997.

- 1) Meta de reducción de la mortalidad: para el año 2006, disminuir en la Argentina la mortalidad por cáncer del cuello uterino en un 50%. En cantidad de defunciones, esto representará una disminución entre 400 y 500 muertes por esa causa.
- 2) Meta de aumento de la detección y del tratamiento adecuado de las enfermedades preinvasoras del cuello uterino: no resulta factible establecer una meta en estos aspectos, pues hasta el momento no se conocen con exactitud las proporciones de las enfermedades preinvasoras. El aumento anual en la detección de estas patologías permitirá lograr la curación del cáncer del cuello uterino, con la consiguiente reducción de la mortalidad.
- 3) Meta de tratamiento adecuado del cáncer invasor: tratar el 100% de los cánceres invasores detectados según las normas nacionales.

Submetas de cobertura:

- Lograr una cobertura del 60% para el año 2000, y del 90% para el 2006, de al menos una citología para cada mujer entre 35 y 64 años.

- Lograr una cobertura del 50% para el año 2000, y del 80% para el 2006, de al menos una citología en los últimos tres años para cada mujer entre las edades mencionadas.
- Aumentar anualmente el porcentaje de mujeres incluidas en la pesquisa que por primera vez se beneficiarán con una citología exfoliativa.

#### **Anexo 4**

##### **Sub-Programa de Prevención Secundaria del Cáncer de Mama**

*Fuente: Resolución Ministerial N°59/03*

Objetivos:

- 1) Reducir la mortalidad por cáncer de mama.
- 2) Mejorar la calidad de vida y la sobrevivencia global de las mujeres portadoras de cáncer de mama.

Objetivos específicos:

- 10) Lograr la Adhesión político-institucional de las provincias al Subprograma nacional y la formulación e implementación de una propuesta programática adecuada a la situación de las jurisdicciones.
- 11) Realizar un diagnóstico de situación del cáncer de mama en el país.
- 12) Establecer redes de detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama por jurisdicción involucrando al sector de Atención Primaria de la Salud.
- 13) Adecuar los recursos humanos para la prevención secundaria del cáncer de mama.
- 14) Prever el tratamiento adecuado de las pacientes portadoras de cáncer de mama.
- 15) Lograr la reducción de los casos detectados en estadíos avanzados y así reducir los gastos inherentes al tratamiento.
- 16) Crear mecanismos de supervisión, auditoría y evaluación de desarrollo del programa.
- 17) Organizar un sistema de registro, control y seguimiento de las pacientes con oncología mamaria.
- 18) Evitar oportunidades perdidas de control mamario en el acceso a los servicios de salud mediante la concientización de los profesionales médicos y paramédicos no relacionados con el tema.
- 19) Promover la participación de los distintos actores sociales involucrados en esta problemática, en todos los niveles de gestión del programa.
- 20) Concienciar a la población acerca de la importancia de los controles periódicos en las mujeres en edad fértil.

- 21) Promover mecanismos capaces de asegurar los fondos necesarios para solventar la continuidad del Programa.
- 22) Estimular y sostener la investigación científica dedicada a la prevención y tratamiento del cáncer de mama.

Metas:

- 1) Reducir la mortalidad por cáncer de mama: a los 10 de implementación efectiva del programa disminuir la mortalidad en un 10% del valor del último año disponible.
- 2) Aumentar la detección de tumores mamarios menores de 1 cm: no resulta factible establecer una meta en este aspecto, pues hasta el momento no se conocen con exactitud la talla media tumoral a nivel nacional o provincial. El aumento anual en la detección de tumores de mama con este tamaño permitirá lograr una supervivencia de 90% a los 20 años con el consiguiente impacto en la reducción de la mortalidad. La reducción de la talla media tumoral es uno de los indicadores que cambian en forma más precoz en los programas de tamizaje de cáncer de mama.
- 3) Tratamiento adecuado de los tumores de mama detectados: tratar el 100% de los cánceres detectados según normas vigentes.

## **Anexo 5**

### **Programa Nacional de Control de Tabaco**

*Fuente:* [www.msal.gov.ar/htm/site\\_tabaco/programa.asp](http://www.msal.gov.ar/htm/site_tabaco/programa.asp)

#### **Regulación de la accesibilidad al tabaco**

Se busca prevenir la iniciación y disminuir el consumo a través de barreras económicas y de distribución de los productos de tabaco.

Objetivos específicos:

- Aumentar los precios e impuestos a los productos del tabaco.
- Regular el tamaño mínimo de unidades para la venta al público.
- Prohibir la venta de productos de tabaco a y por menores de edad.
- Prohibir el expendio a través de máquinas u otros medios que faciliten el acceso a menores de edad.

Actividades:

- Realización de estudios económicos.
- Realización de estudios legislativos.
- Elaboración y seguimiento de proyectos legislativos.



### **Promoción de estilos de vida sin tabaco**

Se busca restringir la publicidad tabacalera y comunicar mensajes que desincentiven el consumo y prevengan la iniciación.

Objetivos específicos:

- Establecer normas que restrinjan al máximo la publicidad, patrocinio y promoción de productos del tabaco.
- Evitar la información distorsionada al consumidor.
- Ofrecer advertencias sanitarias efectivas a través de los envases y publicidad permitida de tabaco.
- Dar a conocer mensajes de contra-publicidad y re-significación del tabaquismo como adicción.
- Incorporar la prevención del tabaquismo y el control del tabaquismo pasivo en el desarrollo de proyectos educativos en la enseñanza básica.

Actividades:

- Realización de estudios sobre marketing y publicidad de tabaco
- Elaboración y seguimiento de proyectos legislativos de nivel nacional, provincial y municipal y acuerdos con instituciones que contemplen la restricción o prohibición de la publicidad.
- Elaboración, prueba y difusión de piezas comunicacionales destinadas a la prevención y la re-significación del tabaquismo
- Elaboración y disseminación de materiales educativos destinados a distintos niveles escolares de niños y adolescentes
- Apoyo al desarrollo de proyectos educativos en prevención y control del tabaco.

### **Promoción y regulación de ambientes libres de humo**

Se busca proteger a las personas de la exposición involuntaria al humo de tabaco ambiental y promover los ambientes libres de humo

Objetivos específicos:

- Promover el desarrollo de ambientes libres de humo de tabaco en las instituciones públicas y privadas de nuestro país, en los hogares, medios de transporte y espacios de uso colectivo.
- Establecer normas que prohíban fumar en los ambientes laborales y en los ambientes públicos cerrados.

Actividades:

- Formación de multiplicadores y elaboración de guías de prácticas, manuales y materiales de capacitación y comunicación, destinadas a las siguientes áreas:

Hospitales y Centros de Salud Libres de Humo, Organismos Públicos Libres de Humo, Municipios libres de humo, Universidades y escuelas libres de humo, Empresas libres de humo, Bares y Restaurantes Libres de Humo, Hogares libres de humo, entre otro.

- Registro Nacional de Empresas e Instituciones Libres de Humo de Tabaco.
- Desarrollo de estudios y evaluaciones sobre la implementación de ambientes libres de humo.
- Elaboración y seguimiento de proyectos legislativos y convenios sobre prohibición de fumar en ambientes públicos y de trabajo.

### **Desarrollo de servicios e incentivos a la cesación**

Se busca promover el abandono del consumo de tabaco en la población.

Objetivos específicos:

- Promover la cesación tabáquica en la población (adultos y jóvenes).
- Promover el control del tabaco en la práctica regular de los servicios de salud.
- Promover el desarrollo de servicios de cesación tabáquica que faciliten el acceso a la población.

Actividades:

- Servicio telefónico gratuito para dejar de fumar 0800 222 1002.
- La página Web [www.dejohoydefumar.gov.ar](http://www.dejohoydefumar.gov.ar)
- Elaboración, publicación y diseminación de Guías Nacionales de Cesación Tabáquica. Las guías se elaboran en consenso con especialistas en el tema, para promover el desarrollo de servicios de cesación tabáquica en los servicios de salud de nuestro país. La guía ha recibido el apoyo de más de 25 instituciones científicas, académicas y profesionales de primer nivel de nuestro país.
- Promoción, certificación y desarrollo de cursos de capacitación de recursos humanos en tratamiento y control del tabaquismo.
- Promoción de la incorporación del control y tratamiento del tabaquismo en la currícula de grado de medicina, psicología, enfermería y otras carreras de salud.
- Publicación y diseminación de materiales de auto-ayuda.
- Creación del Registro Nacional de Servicios de Tratamiento del Tabaquismo.
- Desarrollo de un sistema de cobertura de cesación tabáquica para los beneficiarios de la seguridad social y del subsector público.

Anexo 6

Evolución de la mortalidad por cáncer de cuello uterino a nivel provincial. 1989-2001

	Tasa de mortalidad 89-92 (1)	Tasa de mortalidad 97-01(2)	Variación absoluta entre periodos	Variación % entre periodos
San Luis	7.9	3.1	-4.8	<b>-61%</b>
Chubut	12.8	6.3	-6.5	<b>-51%</b>
Neuquen	10.7	5.8	-4.9	<b>-46%</b>
San Juan	7.1	4.7	-2.4	-34%
Salta	13	<b>10.7</b>	-2.3	-18%
Jujuy	11.9	<b>10</b>	-1.9	-16%
Chaco	11.5	<b>10.5</b>	-1	-9%
CABA	2.4	2.2	-0.2	-8%
Buenos Aires	3.9	3.6	-0.3	-8%
Tucumán	5.1	4.7	-0.4	-8%
Misiones	10.7	<b>10</b>	-0.7	-7%
Formosa	13	<b>12.4</b>	-0.6	-5%
Santa Fe	4.3	4.1	-0.2	-5%
Santa Cruz	7.9	7.6	-0.3	-4%
Rio Negro	5.9	5.8	-0.1	-2%
Córdoba	2.8	2.8	0	0%
Mendoza	4.2	4.2	0	0%
La Pampa	4.9	5.2	0.3	6%
Entre Rios	5	5.4	0.4	8%
Catamarca	3.1	3.5	0.4	13%
Corrientes	7.4	<b>11.1</b>	3.7	<b>50%</b>
La Rioja	4.1	6.3	2.2	<b>54%</b>
Santiago del Estero	2.7	5.9	3.2	<b>119%</b>

(1) Tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino/ cada 100.000 habitantes, ajustada por edad.

(2) Tasa de mortalidad por cáncer de cuello uterino/ cada 100.000 habitantes, ajustada por edad.

Fuente: elaboración propia de CIPPEC sobre la base de de Mattos y cols. 1997 y 2003